Uitspraak Geschillencommissie Kifid nr. 2024-1094

(mr. dr. ing. A.J. Verdaas, voorzitter en mr. D.P. van Strien, secretaris)

Datum uitspraak	10 december 2024
Klacht van	De consument
Tegen	AEGON Levensverzekering N.V., gevestigd te Den Haag, verder te noemen de verzekeraar
Aard uitspraak	Bindend advies
Uitkomst	Vordering afgewezen

Samenvatting

Beleggingsverzekering. Fundplan afgesloten in 1995. Er staan geen oneerlijke bedingen in de toepasselijke voorwaarden, enige schadevergoedingsvordering gebaseerd op de redelijkheid en billijkheid is verjaard, er is geen sprake van misleiding en de verzekeraar heeft bij de premievrijmaking niet gehandeld in strijd met een op hem rustende zorgplicht.

1. Procedure

1.1 De behandelend commissie, verder te noemen de commissie, beslist op basis van het reglement en op basis van de door partijen aan Kifid ingestuurde documenten inclusief bijlagen. Het gaat om: 1) het klachtformulier van de consument; 2) de aanvullende stukken van de consument; 3) het verweerschrift van de verzekeraar; 4) de repliek van de consument en 5) de dupliek van de verzekeraar.

1.2 De consument is in deze zaak vertegenwoordigd door professioneel gemachtigde de heer A. Esser (Stichting Woekerclaims).

1.3 De commissie is van oordeel dat het niet nodig is de zaak mondeling te behandelen. De zaak wordt daarom op grond van de stukken beslist.

1.4 De consument en de verzekeraar hebben gekozen voor een bindend advies. Dit betekent dat partijen elkaar aan de uitspraak kunnen houden.

2. Het geschil

Wat is er gebeurd?

2.1 De consument had na advisering en bemiddeling door een tussenpersoon een beleggings-verzekering bij de verzekeraar, met de naam Fundplan. Ingangsdatum van de verzekering was 1 december 1995. De premie bedroeg NLG 5.000,- (€ 2.268,90) per jaar. De consument heeft een eerste premie van NLG 10.000,- (€ 4.537,80) ingelegd. De verzekering kende een garantie op einddatum van NLG 231.792,- (€ 105.182,-).

2.2 Voorafgaand of bij afsluiten van de verzekering zijn in ieder geval de volgende documenten aan de consument verstrekt:

- een aanvraagformulier, ondertekend op 2 november 1995;
- een polisblad, afgegeven op 20 november 1995;
- de algemene voorwaarden van verzekering nr. 17; en
- de brochure 'Individueel fundplan'.

2.3 Op het polisblad staat over de in te houden kosten het volgende:

"(...) De verzekeringnemer neemt deel in Aegon Fundplan. Deelname houdt in dat de verzekeringnemer iedere spaarpremie van de verzekering belegt in één of meer fondsen behorende bij Aegon Fundplan.
Bij deelname geldt, al dan niet in afwijking van de Algemene voorwaarden verzekering, het volgende:
1. Op de opbrengst van de fondsen zal een geringe inhouding plaatsvinden i.v.m. de kosten van beheer van de fondsen.
2. Na inhouding van een aan- en verkoopmarge wordt op iedere premievervaldag de spaarpremie in de fondsen gestort. (...)"

2.4 In artikel 7 van de voorwaarden staat het volgende:

"7. Premievrijmaking
De verzekeringnemer kan de verzekering zonder verder premiebetaling voortzetten, indien de verzekering premievrije waarde heeft. De verzekering wordt dan voortgezet voor een verminderd en gelijkblijvend bedrag. Voor de vaststelling van de premievrije waarde wordt uitgegaan van de wiskundige reserve waarbij rekening wordt gehouden met de eerste kosten.
Hetgeen uit hoofde van onbetaald gebleven premies en/of belening verschuldigd is, zal worden verrekend."

2.5 In maart 2006 heeft de verzekeraar de consument de 'Wegwijzer AEGON Beleggings-verzekeringen' gestuurd.

2.6 Tijdens de looptijd van de verzekering heeft de consument waardeoverzichten ontvangen, vanaf 2008 conform het Model De Ruijter.

2.7 Bij brief van 25 maart 2008 heeft de consument aan de verzekeraar gevraagd wat de kosten zijn die blijven doorlopen na premievrijmaking en wat het garantiebedrag is na premievrijmaking. Ook vraagt de consument om een gespecificeerde opgave van het afkoopbedrag. De verzekeraar heeft bij brief van 6 juni 2008 het volgende geantwoord. De afkoopwaarde is € 35.045,-. Dit is de waarde van de beleggingen per 5 juli 2008 van € 37.002,- minus de nog niet betaalde eerste kosten ter hoogte van € 1.975,-. De premievrije waarde is € 58.796,- bij leven op de einddatum. Na premievrijmaking wordt nog 0,8% over de belegde waarde aan kosten en een geringe risicopremie ingehouden.

De uiteindelijke waarde kan door koersfluctuaties van de opgave afwijken. Verder schrijft de verzekeraar:

"Fiscale gevolgen bij premievrijmaking
Wij wijzen u erop dat premievrijmaken van deze kapitaalverzekering voor u nadelige fiscale gevolgen kan hebben. Uw verzekering is tot stand gekomen voor 15 september 1999. Dit betekent dat u gebruik maken van de box 3 vrijstelling (maximaal € 123.428,-) voor op 14 september 1999 reeds bestaande kapitaalverzekeringen. Indien de verzekering premievrij wordt gemaakt blijft u recht houden op deze box 3 vrijstelling, maar benut u deze vrijstelling mogelijk niet volledig.

Ook moet nog rekening worden gehouden met fiscale spelregels die golden op 31 december 2000. Omdat u vroegtijdig stopt met premie betalen kan in de uitkering een belast rentebestanddeel zitten. Het rentebestanddeel is het bedrag wat u meer krijgt dan er aan premie is betaald. Een eventuele belastingheffing hierover gebeurt in box 1 (inkomen uit werk en woning)."

2.8 De consument heeft op 12 juni 2008 op de brief van de verzekeraar gereageerd en bezwaar gemaakt tegen de kosten die de verzekeraar wil inhouden. Hij eist uitbetaling van de volledige waarde. De verzekeraar heeft op 1 juli 2008 gereageerd en uitgelegd waarom bij afkoop en premievrijmaking de nog niet in rekening gebrachte eerste kosten worden verrekend met de belegde waarde. Deze worden door de verzekeraar voorgeschoten en door iedere premiebetaling voor een deel terugbetaald. Als geen premies meer worden betaald dan kan dit laatste niet meer en daarom wordt een bedrag ineens verrekend. Ook worden in geval van premievrijmaking toekomstige doorlopende kosten verrekend.

2.9 Bij brief van 9 oktober 2008 heeft de consument laten weten dat hij de verzekering premievrij wil laten maken. De verzekeraar heeft dit met ingang van 1 december 2008 gedaan. De verzekeraar heeft de consument geïnformeerd dat op de op dat moment opgebouwde waarde de volgende bedragen in mindering gebracht zijn: € 922,94 eerste kosten van de verzekeraar en € 2.768,81 aan eerste kosten van de tussenpersoon. Op 4 december 2008 heeft de verzekeraar de consument nieuwe polisbladen toegezonden en de consument geïnformeerd dat voortaan 0,01% per maand doorlopende kosten verzekeraar in rekening zullen worden gebracht, 0,52% fondskosten op jaarbasis en dat jaarlijks een (fluctuerende) overlijdensrisicopremie in rekening zal worden gebracht. Verder heeft de verzekeraar de consument de mogelijkheid geboden de wijziging van de verzekering binnen 30 dagen ongedaan te maken. De garantie op einddatum is verlaagd naar € 54.241,-.

2.10 Bij brief van 2 maart 2009 heeft de consument er bezwaar tegen gemaakt dat de verzekeraar bij de premievrijmaking meer kosten in rekening heeft gebracht dan de verzekeraar voor afkoop had voorgerekend in de brief van 6 juni 2008. Hij eist onder meer dat de participaties van de Verzekering in het Aegon Mix Fund behouden blijven zonder enige aftrek van kosten, in welk geval hij zal afzien van juridische stappen.

2.11 Bij brief van 5 maart 2009 heeft de verzekeraar een aantal telefonische vragen van de consument beantwoord en onder meer toegelicht welke kosten voor de verzekering in rekening worden gebracht. Op 22 april 2009 heeft de verzekeraar op de brief van 2 maart 2009 gereageerd en weer uitleg gegeven over de verrekende kosten. Bij brief van 25 mei 2009 heeft de consument laten weten erg boos te zijn over de in rekening gebrachte kosten, waarna partijen nog enige tijd hebben gecorrespondeerd.

2.12 In april 2012 heeft de verzekeraar de consument geïnformeerd dat hij op grond van de compensatieregeling van de verzekeraar niet in aanmerking komt voor compensatie voor te hoge kosten.

2.13 Bij e-mail 24 maart 2014 heeft de consument zich erover beklaagd dat de verzekeraar nog steeds eerste kosten inhoudt en weer geklaagd over de kosten die de verzekeraar bij de premievrijmaking heeft verrekend. De verzekeraar heeft bij brief van 28 maart 2014 uitgelegd dat in de jaarlijkse waardeoverzichten wordt gesproken van 'eerste en doorlopende' kosten die in rekening worden gebracht, en dat hieronder het beheerloon van 0,01% van de belegde waarde valt. Ook nu hebben partijen enige tijd gecorrespondeerd, waarbij de consument bij e-mail van 31 maart 2014 voor het laatst tegen de in rekening gebrachte kosten heeft geprotesteerd Bij brief van 4 april 2014 heeft de verzekeraar (kort gezegd) uitgelegd dat de consument als gevolg van de premievrijmaking niet meer zal worden vrijgesteld van de belasting over het rendement op zijn verzekering, omdat hij nog niet 15 jaar premie had betaald.

2.14 Op 1 december 2023 heeft de verzekering de einddatum bereikt. De verzekeraar heeft een bedrag van € 65.052,- uitgekeerd. Op 8 november 2023 heeft de consument een nieuwe klacht bij de verzekeraar ingediend. Partijen zijn niet tot een overeenstemming gekomen, waarna de consument de klachtprocedure bij Kifid is gestart.

De klacht en vordering

2.15 De consument klaagt dat sprake is van meerdere oneerlijke bedingen in de voorwaarden. Geen van de eerste en doorlopende kosten verzekeraar en adviseur, waaronder de beheerkosten van de verzekeraar en de aan -en verkoopkosten, mochten worden ingehouden. De verzekeraar moet een herberekening maken van de expiratiewaarde van de verzekering, waarbij de oneerlijke bedingen buiten toepassing blijven. Dit leidt tot een vordering van € 101.993,-. Bij de berekening van dit bedrag is de consument uitgegaan van het (historisch) rendement van 7%. Subsidiair vordert de consument € 67.993,-. Dit bedrag is gebaseerd op terugbetaling van de door de verzekeraar ingehouden kosten, vermeerderd met de wettelijke rente vanaf het moment van inhouding van de kosten. De consument vordert ten slotte vergoeding van kosten ter vaststelling van schade en aansprakelijkheid van € 3.000,-. De consument onderbouwt zijn vorderingen als volgt.

2.16 De verzekeraar heeft geen informatie gegeven over (de werking van) de eerste kosten. Dit is intransparant, in het nadeel van de consument en in strijd met de goede trouw.

De verzekeraar hield extreem hoge kosten in, gedurende de gehele looptijd van de verzekering, wat een negatieve invloed heeft op het rendement. Ook bij premievrijmaking heeft de verzekeraar hoge kosten in rekening gebracht. Het beding over premievrijmaking staat bovendien onder e) van de blauwe lijst van de richtlijn oneerlijke bedingen. De consument kon of wilde geen hoge premies meer inleggen en als gevolg daarvan heeft de verzekeraar een onevenredig hoge schadevergoeding opgelegd. De kostenbedingen en het premievrijmakingsbedingen had de consument bij vrije onderhandelingen niet geaccepteerd en zijn in strijd met de goede trouw. De (hoogte van de) kosten (is) verder in strijd met de redelijkheid en billijkheid. Weinig andere verzekeringen kennen deze hoge kosteninhouding. De consument noemt een aantal voorbeelden.

2.17 Er is sprake van misleiding. In de brochure staat dat het beheer door ervaren deskundigen wordt gedaan en dat de consument daardoor aanmerkelijk lagere kosten heeft. Ook in de polis staat dat voor het beheer geringe kosten in rekening worden gebracht. De consument mocht daarop vertrouwen. In werkelijkheid rekende de verzekeraar waarschijnlijk de hoogste kosten van alle beleggingsverzekeringen in de markt. De consument wijst ook hierbij op een aantal andere producten. Voor de verzekering leverde de verzekeraar geen meerprestatie.

2.18 De consument beroept zich op de contra proferentem-regel. De eerste kosten, doorlopende kosten en kosten premievrijmaken zijn zo onduidelijk in de voorwaarden en op de polis vermeld, dat de consument er geen rekening mee hoefde te houden dat de verzekeraar extreem hoge kosten in rekening zou brengen. Al deze kosten moet de verzekeraar daarom vergoeden, vermeerderd met misgelopen rendement of de wettelijk rente vanaf het moment van inhouding

2.19 De verzekeraar heeft zeer waarschijnlijk ten onrechte kosten gerekend voor de garantie op einddatum.

2.20 De verzekeraar heeft ten slotte gehandeld in strijd met zijn bijzondere zorgplicht door de consument er onvoldoende op te wijzen wat de (fiscaal) nadelige gevolgen zouden zijn bij premievrij maken van de verzekering. De consument vordert een fiscale schade van € 17.778,-. Dit bedrag is in de primaire en subsidiaire vordering hierboven verwerkt.

Het verweer

2.21 De verzekeraar heeft verweer gevoerd tegen de stellingen van de consument. Voor zover relevant zal de commissie bij de beoordeling daarop ingaan.

3. De beoordeling

Oneerlijke bedingen

3.1 Op grond van de Europese richtlijn 93/13/EEG betreffende oneerlijke bedingen in consumentenovereenkomsten is een beding oneerlijk als het in strijd met de goede trouw het evenwicht tussen de uit de overeenkomst voortvloeiende rechten en verplichtingen van de partijen ten nadele van de consument aanzienlijk verstoort. Bij de beoordeling of dit zo is worden alle omstandigheden rond de sluiting van de overeenkomst en de andere bedingen van de overeenkomst, op het moment waarop de overeenkomst is gesloten in aanmerking genomen. Daarbij wordt rekening gehouden met de aard van de goederen of diensten waarop de overeenkomst betrekking heeft (artikel 3 lid 1 en 2).

3.2 Daarbij is van belang of een beding transparant is in de zin van art. 5 van de richtlijn. Maar ook als moet worden aangenomen dat een beding niet transparant is in die zin, dan is het daarmee nog niet oneerlijk of onredelijk bezwarend. Daarvoor is noodzakelijk dat dit beding, in strijd met de goede trouw, het evenwicht tussen de uit de overeenkomst voortvloeiende rechten en verplichtingen van de partijen ten nadele van de consument aanzienlijk verstoren.

3.3 In een bijlage bij de richtlijn is een indicatieve lijst opgenomen van bedingen die als oneerlijk kunnen worden aangemerkt. Deze lijst wordt ook wel de ‘blauwe lijst’ genoemd.

3.4 De consument stelt dat ten aanzien van de verzekering sprake is van meerdere oneerlijke bedingen, die buiten toepassing moeten blijven en dat als gevolg daarvan geen van de ingehouden eerste en doorlopende kosten verzekeraar en adviseur, waaronder de beheer-kosten van de verzekeraar en de aan -en verkoopkosten, mochten worden ingehouden. De commissie zal daarom de vraag moeten beantwoorden of de verzekeraar in de verzekering, waarvan de toepasselijke voorwaarden en het polisblad deel uitmaken, oneerlijke bedingen heeft opgenomen. Daarbij stelt de commissie voorop dat alleen een beding dat daadwerkelijk in de verzekering is opgenomen, oneerlijk kan zijn. Met andere woorden, het moet bestaan.

3.5 Voor de in rekening gebrachte eerste kosten staat geen beding in overeenkomst. Op deze kosten is de oneerlijkheidstoets dan ook niet van toepassing. Dit geldt ook voor een deel van de in rekening gebrachte doorlopende kosten. Een beroep op de richtlijn oneerlijke bedingen kan niet opgaan ten aanzien van kosten waarvoor geen beding in de verzekering is opgenomen. Voor zover de consument ten aanzien van deze kosten een beroep doet op de contra proferentem-regel, geldt hetzelfde. Er staat geen beding in de overeenkomst waarop deze regel van toepassing zou kunnen zijn.

3.6 De beheerkosten van de verzekeraar en de aan- en verkoopkosten staan op het polisblad. Dit zijn bedingen waarop de oneerlijkheidstoets van toepassing is.

De commissie ziet geen aanleiding te oordelen dat deze bedingen in strijd met de goede trouw en daarmee oneerlijk zijn. Weliswaar vermelden de bedingen niet de hoogte van de kosten, wat niet transparant is, maar het is naar het oordeel van de commissie niet aannemelijk dat de consument de bedingen niet had aanvaard als hij hierover met de verzekeraar had kunnen onderhandelen. Van belang is daarbij dat niet is komen vast te staan dat tegenover de beheerkosten geen reële prestatie van de verzekeraar stond. Ook moet het gebruik van een "spread" bij aan- en verkoop van beleggingsfondsen op zichzelf gebruikelijk en als algemeen bekend moet worden verondersteld.[1]

3.7 De consument betoogt ten slotte dat het beding dat betrekking heeft op premievrijmaking oneerlijk is. Hij stelt het beding op de blauwe lijst bij de richtlijn staat, onder e). Het zou een beding zijn dat ten doel of gevolg heeft *"de consument die zijn verbintenissen niet nakomt, een onevenredig hoge schadevergoeding op te leggen."* Deze bepaling uit de blauwe lijst is echter niet van toepassing. Alleen al omdat premievrijmaken niet kan worden gelijkgesteld aan het niet nakomen van verbintenissen. De consument heeft als verzekeringnemer immers het recht de verzekering premievrij te laten maken. Dit recht maakt onderdeel uit van de overeenkomst. Oefent de consument dat recht uit dan is dat geen niet nakoming van een verbintenis ofwel een verplichting door de consument. De commissie ziet ook geen andere reden op grond waarvan het beding oneerlijk geacht moet worden. De commissie verwijst in dit verband naar het arrest van het Hof Den Haag van 26 september 2023, waarin het hof heeft geoordeeld dat dit beding niet in strijd is met de goede trouw.[2]

3.8 De consument heeft in dit verband aangevoerd dat geen sprake is van redelijke kosten. Hij vergelijkt de kosten daarbij met kosten van andere verzekeringen, waarbij volgens de consument minder kosten in rekening zijn gebracht. De commissie is echter van oordeel dat ook als zou komen vast te staan dat de kosten van de onderhavige verzekering hoger zijn dan de kosten die voor andere beleggingsverzekeringen in rekening zijn gebracht, wat de commissie op basis van het dossier niet kan vaststellen, deze enkele omstandigheid nog niet maakt dat een beding oneerlijk is.[3]

Contra proferentem-regel

3.9 De consument beroept zich ten aanzien van de in de voorwaarden opgenomen kosten-bedingen op de contra proferentem-regel. Deze regel, die is neergelegd in artikel 6:238 lid 2 van het Burgerlijk Wetboek (BW), houdt in dat bij twijfel over de betekenis van een bepaling de voor de consument meest gunstige uitleg voorgaat. Dat in de kostenbedingen op het polisblad en in het beding dat van toepassing is op premievrijmaking, de hoogte van de kosten niet genoemd wordt, maakt de betekenis van deze bedingen niet onduidelijk.

[1] Zie ook CvB Kifid 2023-0037 onder 5.7 en 5.8.2
[2] Gerechtshof Den Haag 26 september 2023, ECLI:NL:GHDHA:2023:1852, r.o. 6.114
[3] Zie ook CvB Kifid 2023-0037 onder 5.7

Die betekenis is dát er kosten in rekening gebracht worden. Er kan dan ook geen twijfel over bestaan dat de uitleg die de consument aan de bedingen geeft – namelijk dat er in het geheel geen kosten in rekening gebracht worden – niet juist is. Het beroep van de consument op de contra proferentem-regel faalt daarom.

3.10 Verder stelt de consument dat hij dacht dat met de op het polisblad genoemde beheerkosten de beheerkosten (TER) van de onderliggende fondsen bedoeld werden en niet de beheerkosten van de verzekeraar. Op het polisblad staat dat op de opbrengst van de fondsen een "*geringe inhouding zal plaatsvinden in verband met de kosten van beheer van de fondsen*". Naar het oordeel van de commissie gaat de uitleg die de consument aan deze bepaling wil geven – dat sprake is van de beheerkosten die het fonds in rekening brengt – niet op. Die kosten, fondsbeheerkosten (of TER) zijn kosten die niet de verzekeraar maar de fondsbeheerder in rekening brengt en worden verwerkt in de koers van het fonds. Zij komen direct in mindering op het fondsrendement. Omdat dit beding is opgenomen op het polisblad is duidelijk dat dit de door de verzekeraar in rekening gebrachte beheerkosten zijn. In zoverre is van twijfel over de betekenis van dit beding geen sprake. Ook ten aanzien van dit beding gaat het beroep van de consument op de contra proferentem-regel niet op.

Schadevergoedingsvordering

3.11 Voor schadevergoeding die de consument vordert omdat de door de verzekeraar ingehouden kosten in strijd zouden zijn met de redelijkheid en billijkheid, doet de verzekeraar een beroep op verjaring. De verzekeraar voert aan dat de consument bij brief van 12 juni 2008 voor het eerst heeft geklaagd over (de hoogte van) de kosten. Ook in 2009 en 2014 heeft de consument diverse malen geklaagd over de (hoogte van de) ingehouden kosten. De consument heeft in geen van deze brieven de rechtsvordering tot vergoeding van schade gestuit, aldus de verzekeraar. Bij brief van april 2012 heeft de verzekeraar de consument bericht dat hij niet in aanmerking kwam voor een compensatie voor te hoge kosten. Op dat moment was de consument volgens de verzekeraar op de hoogte met zijn schade en de daarvoor aansprakelijke partij en de vordering zou daarom in april 2017, vijf jaar later, verjaard zijn.

3.12 Artikel 3:310 lid 1 BW bepaalt dat een rechtsvordering tot vergoeding van schade verjaart door verloop van vijf jaren na aanvang van de dag, volgende op die waarop de benadeelde zowel met de schade als met de daarvoor aansprakelijke persoon bekend is geworden. Naar vaste rechtspraak van de Hoge Raad moet sprake zijn van daadwerkelijke bekendheid, niet van een enkel vermoeden.[4] Vanaf dat moment kan de benadeelde een rechtsvordering tot vergoeding van de door hem geleden schade instellen en begint de verjaringstermijn te lopen.

[4] Zie Hoge Raad 24 januari 2003, ECLI:NL:HR:2003:AF0694.

Daarvan zal sprake zijn als de benadeelde voldoende zekerheid - die niet een absolute zekerheid behoeft te zijn - heeft verkregen dat de schade is veroorzaakt door tekortschietend of foutief handelen van de betrokken persoon. Of dat zo is, is afhankelijk van alle omstandigheden van het geval.[5]

3.13 De commissie overweegt dat de consument reeds in 2008 zijn bezwaren heeft geuit tegen (de hoogte van) de door de verzekeraar in rekening gebrachte kosten. Na de premie-vrijmaking van de verzekering en de daarbij door de verzekeraar verstrekte informatie wist de consument ook precies welke kosten de verzekeraar in rekening heeft gebracht. Na ontvangst van het bericht van de verzekeraar van april 2012 dat de consument niet in aanmerking kwam voor compensatie van te hoge kosten, was de consument er ook bekend mee dat hij schade leed. Op dat moment was hij in staat een rechtsvordering in te stellen en is de verjaringstermijn van artikel 3:310 lid 1 BW gaan lopen. De consument had daarom op zijn laatst in april 2017 een rechtsvordering in kunnen stellen of de verjaring van die vordering kunnen stuiten. Voor een rechtsgeldige stuiting is een schriftelijke aanmaning of mededeling vereist waarin de consument zich ondubbelzinnig zijn recht op nakoming voorbehoudt. Daarna gaat een nieuwe verjaringstermijn lopen.[6]De door de consument na 2012 ingediende klachten over de in rekening gebrachte kosten kunnen niet als dergelijke stuitingshandelingen worden aangemerkt. Voor zover dit wel het geval zou zijn, dan zou de consument op zijn laatst vijf jaar na zijn e-mail van 31 maart 2014 weer een stuitings-handeling hebben moeten verrichten. Dit heeft hij niet gedaan. Dit betekent dat een schadevergoedingsvordering met betrekking tot (de hoogte van) de ingehouden kosten, is verjaard.

3.14 De consument heeft gesteld dat hij pas bekend is geworden met de “redelijkheid en billijkheid” na het consulteren van zijn vertegenwoordiger. Dit maakt het oordeel van de commissie niet anders, omdat het voor de aanvang van de verjaringstermijn niet uitmaakt dat de consument niet bekend was met de juridische beoordeling van de feiten die ten grondslag liggen aan zijn vordering.[7]

Misleiding

3.15 De consument stelt dat de verzekeraar hem heeft misleid. Hij wijst daarbij op de volgende passage uit de brochure: “*U laat het beheer van uw [verzekering] over aan de ervaren beleggingsdeskundigen van [verzekeraar]. U hebt daardoor aanmerkelijk lagere kosten, hetgeen het rendement van uw investeringen ten goede komt. Bovendien bespaart u op de administratieve rompslomp.*” In plaats van lage kosten zou de verzekeraar waarschijnlijk de hoogste kosten in de markt hebben gerekend.

---

[5] Zie Hoge Raad 9 oktober 2020, ECLI:NL:HR:2020:1603 en Hoge Raad 14 november 2014, ECLI:NL:HR:2014:3240.
[6] Vergelijk CvB 2024-0028, nummer 5.5 en verder
[7] Zie Hoge Raad 26 november 2004, ECLI:NL:HR:2004:AR1739.

Ook wordt volgens de consument op het polisblad gewag gemaakt van geringe kosten voor beheer. De consument vergelijkt de beheerskosten met de kosten die voor andere producten in rekening zouden zijn gebracht.

3.16 De commissie overweegt dat de passage uit de brochure alleen betrekking heeft op fondsbeheerkosten. De consument heeft zijn stelling dat deze de hoogste in de markt zouden zijn niet onderbouwd met een verwijzing naar fondsbeheerkosten die voor andere producten in rekening zijn gebracht. De commissie zal dit klachtonderdeel daarom als onvoldoende onderbouwd afwijzen.

3.17 De tekst op het polisblad ("*op de opbrengst van de fondsen zal een geringe inhouding plaatsvinden i.v.m. de kosten van beheer van de fondsen*") slaat op de beheerskosten van de verzekeraar. Bij het door de consument gekozen beleggingsfonds waren deze 0,01% van de belegde waarde per maand. De consument heeft onder meer een beroep gedaan op de beheerkosten die voor een ander product van de verzekeraar, het Levensloopplan, in rekening werden gebracht, 0,015% per maand. De commissie constateert dat deze kosten juist hoger zijn. Dat sprake zou zijn van misleiding heeft de consument ook wat betreft de beheerskosten van de verzekeraar, dan ook onvoldoende onderbouwd. Het klachtonderdeel is ongegrond.

Zorgplicht bij premievrijmaking

3.18 De consument stelt dat de verzekeraar de op hem rustende zorgplicht heeft geschonden door niet te waarschuwen voor de fiscale gevolgen van de premievrijmaking van de verzekering. De commissie stelt echter vast dat de verzekeraar in de brief van 6 juni 2008, die zij voorafgaand aan de premievrijmaking aan de consument heeft gezonden, heeft gewaarschuwd dat premievrijmaking mogelijk nadelige fiscale gevolgen heeft (zie nummer 2.7). Dit klachtonderdeel is dan ook ongegrond.

3.19 De consument klaagt verder dat de verzekeraar hem niet heeft gewaarschuwd dat bij premievrijmaking alle nog niet in rekening gebrachte eerste kosten zouden worden ingehouden. In de brief van 1 juli 2008 heeft de verzekeraar de consument echter geïnformeerd dat alle nog niet in rekening gebrachte eerste kosten zouden worden ingehouden. Bij brief van 6 juni 2008 had de verzekeraar de consument in verband met de berekening van de afkoopwaarde al geïnformeerd dat het om een bedrag van € 1.975,- ging (zie de nummers 2.7 en 2.8). Ook dit klachtonderdeel is daarom ongegrond.

Garantiekosten

3.20 De consument stelt dat de verzekeraar zeer waarschijnlijk garantiekosten in rekening heeft gebracht, ter hoogte van (waarschijnlijk) 0,65% per jaar van de belegde waarde. De verzekeraar heeft dit gemotiveerd betwist. De consument heeft in reactie op deze gemotiveerde betwisting geen bewijs aangedragen dat de verzekeraar garantiekosten in rekening heeft gebracht. Dit is dan ook niet komen vast te staan. Dit klachtonderdeel is ongegrond.

Verstrekken documenten en kostenoverzicht

3.21 De consument heeft gevorderd dat de verzekeraar het aanvraagformulier en de offerte van de verzekering en een overzicht van de ingehouden kosten verstrekt. Bij dupliek heeft de verzekeraar het aanvraagformulier en het kostenoverzicht verstrekt. De verzekeraar heeft verklaard niet meer over de offerte te beschikken en toegelicht dat die waarschijnlijk niet door de verzekeraar maar door de tussenpersoon is verstrekt. De commissie acht dit aannemelijk. Aan dit deel van de vordering is de verzekeraar dan ook, voor zover zij dit kon doen, tegemoet gekomen, zodat de commissie niet nader op deze vordering ingaat.

Conclusie

3.22 De commissie komt tot het oordeel dat geen sprake is van oneerlijke bedingen in de door de verzekeraar gehanteerde voorwaarden, dat enige schadevergoedingsvordering gebaseerd op de redelijkheid en billijkheid is verjaard, dat geen sprake is van misleiding en dat de verzekeraar bij de premievrijmaking niet heeft gehandeld in strijd met een op hem rustende zorgplicht.

4. De beslissing

De commissie wijst de vorderingen af.

Deze uitspraak is bindend. Of u tegen deze uitspraak beroep kunt instellen, kunt u nalezen in regel 7 van het Reglement Commissie van Beroep Kifid – vanaf 1 oktober 2023, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten. In regel 18.1 van dat reglement is bepaald dat beroep kan worden ingesteld tot 6 weken na de dag van deze uitspraak. Meer informatie over het instellen van beroep kunt u vinden op de website www.kifid.nl/in-beroep-gaan-bij-kifid.

Binnen 2 weken na verzending van de uitspraak kunt u schriftelijk verzoeken een overduidelijke vergissing in de uitspraak zoals een schrijffout, een verkeerde naam/datum of een rekenfout te herstellen. De beslissing in de uitspraak kan hiermee niet ter discussie worden gesteld. Ook kunt u binnen 2 weken na verzending van de uitspraak schriftelijk verzoeken de uitspraak aan te vullen als u vindt dat niet op alle onderdelen van uw vordering is beslist. Dit ziet niet op de situatie waarin u meent dat de Geschillencommissie Kifid niet op al uw argumenten is ingegaan. Meer informatie hierover staat onder vraag 58 en 59 van het Reglement Geschillencommissie Kifid – vanaf 1 oktober 2023, te vinden op de website www.kifid.nl/reglementen-en-statuten.

Contactgegevens Klachteninstituut financiële dienstverlening

Telefoonnummer: 070 - 333 8 999
Website: www.kifid.nl